ST. GEORGE'S MEDICAL CLINIC

1750 East Colorado Boulevard | Pasadena, California 91106
Tel: (626) 440-0097 | Fax: (626) 440-0102

REGISTRO DEL PACIENTE

Fecha:

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre legal | **Segundo nombre** | **Apellido** | **Apodo (si corresponde)**

Dirección / apartamento | **Ciudad** | **Estado** | **Código postal**

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) | **Edad** | **Sexo: H / M** | **Número de Seguro Social** | **N.º de licencia de conducir / estado**

Estado civil: S / C / D / V | **Teléfono de casa** | **Teléfono del trabajo** | **Teléfono celular**

Correo electrónico | **Ocupación**

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR

Nombre del empleador | **Nombre del supervisor** | **Teléfono del supervisor**

Dirección del empleador | **Ciudad** | **Estado** | **Código postal**

¿Cómo se enteró de nosotros? / Referido por

INFORMACIÓN DEL PADRE, MADRE O CÓNYUGE

Nombre | **Segundo nombre** | **Apellido** | **Teléfono de casa**

Teléfono celular | **Dirección (si es diferente de la anterior)** | **Ciudad** | **Estado** | **Código postal**

Fecha de nacimiento | **Número de Seguro Social** | **Ocupación**

Nombre del empleador | **Ciudad** | **Estado** | **Código postal** | **Teléfono del trabajo** | **Ext.**

CONTACTO DE EMERGENCIA

Persona a quien avisar en caso de emergencia | **Parentesco con el paciente**

Dirección | **Ciudad** | **Estado** | **Código postal** | **Teléfono**

Firma del paciente (o del padre, madre o tutor si es menor) | **Fecha (MM/DD/AAAA)**

ST. GEORGE'S MEDICAL CLINIC

1750 East Colorado Boulevard | Pasadena, California 91106
Tel: (626) 440-0097 | Fax: (626) 440-0102

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA

Nombre legal completo del paciente

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)

Empleador / destinatario autorizado de la información

Yo, quien suscribe, autorizo a St. George's Medical Clinic a divulgar al destinatario indicado arriba los hallazgos médicos, exámenes y resultados de pruebas, incluidos los resultados de pruebas de drogas y de detección de otras sustancias, con el fin de determinar mi elegibilidad para el empleo, la continuidad del empleo o las restricciones correspondientes.

Entiendo que se hará todo lo posible para mantener la debida confidencialidad de esta información.

Entiendo que St. George's Medical Clinic no puede condicionar mi tratamiento a que firme esta autorización; sin embargo, también entiendo que negarme a firmarla puede afectar mi elegibilidad para el empleo según las políticas de mi empleador.

Además, libero a St. George's Medical Clinic, sus agentes y empleados de cualquier reclamación o responsabilidad derivada de proporcionar dicha información a mi empleador.

Reconozco que esta autorización será válida durante dos (2) años a partir de la fecha indicada abajo o hasta que la revoque por escrito ante St. George's Medical Clinic.

Asimismo, reconozco que entiendo que el examen médico que recibo en St. George's Medical Clinic tiene como único fin determinar mi capacidad para realizar ciertas funciones laborales y NO es un examen médico integral. Entiendo que debo consultar a mi médico personal sobre todos los asuntos relacionados con mi salud personal.

He leído esta autorización o me la han leído. Entiendo su contenido y firmo esta autorización de forma libre y voluntaria.

Firma del paciente

Fecha (MM/DD/AAAA)